年　　月　　日

保護者各位

●●●小学校

校長　●●● ●●

**フッ化物洗口の実施について**

保護者の皆様には、ご清栄のこととお喜び申し上げます。日頃は本校の教育活動にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

当校において、児童のむし歯予防および健やかな歯の育成のために、フッ化物洗口を実施いたします。フッ化物洗口は安全性が高いものではありますが、実施については、保護者の皆さまの同意が必要となります。つきましては、別紙の資料をご確認の上、下記同意書の提出をお願いいたします。

記

1.　洗口方法　：　フッ化ナトリウム洗口液「●●●●●」を使用し、毎日1回30～60秒間、

ブクブクうがいをします。

2.　開始予定　：　●●●●年**●**月●日

3.　実施日　　：　月～金曜日（原則週5日実施）

4.　実施対象　：　全児童

5.　費用　　　：　無料

6.　その他　　：　・●月●日までに下記同意書を学級担任まで、全員提出してください。

・同意しない児童のご家庭は、理由も記入してください。

・ブクブクうがいができない児童には、フッ化物洗口は実施できません。

・フッ化物洗口実施に同意されていても児童の体調によっては実施を見合わせます。

以上

-------------------------------------------------------------------------------- キリトリ ---------------------------------------------------------------------------

　　フッ化物洗口実施についての同意書

フッ化物洗口実施について（いずれかの番号に◯をつけてください）

**1.　同意します　　　2.　同意しません（※下記に理由を記入）**

　　　　　　※同意しない場合の理由

　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

記入日　　　：　　　　　年　　　月　　　日

児童氏名　　：　　　　　年　　　組

保護者氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印